

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра



Д.Л. Пиневиц

2012 г.

Регистрационный № 234-1212

**МЕТОД ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У
ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ И
ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

инструкция по применению

Учреждение-разработчик:

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» Министерства здравоохранения Республики Беларусь

Авторы:

д.м.н., профессор В.Б. Смычек, к.м.н., доцент Т.В. Жукова, к.м.н., доцент Г.А. Емельянов, к.м.н. Т.М. Лещинская, И.А. Шот

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц
28.12.2012
Регистрационный № 234-1212

**МЕТОД ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА
У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ
И ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ
СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. В.Б. Смычек, канд. мед. наук, доц. Т.В. Жукова, канд.
мед. наук, доц. Г.А. Емельянов, канд. мед. наук Т.М. Лещинская, И.А. Шот

Минск 2012

Хронические заболевания, являясь хроническим стрессом для пациента, препятствуют его стремлению к самоактуализации, к развитию его как личности. Психогенные состояния, возникающие в связи с соматическим заболеванием, нередко определяют медицинское поведение пациентов, в т. ч. соблюдение врачебных рекомендаций, способствуют ограничениям в бытовой и профессиональной деятельности. Основные усилия врача-реабилитолога должны быть направлены на ликвидацию или уменьшение имеющихся нарушений, ограничений жизнедеятельности, что в конечном итоге должно способствовать устранению или уменьшению социальной дезадаптации пациента с хронической соматической патологией (ИБС, ХОБЛ и др.).

Реабилитационный потенциал (РП) пациента — показатель, оценивающий на основе комплекса медицинских, психологических и социальных факторов реальные возможности восстановления нарушенных функций и способностей организма, в т. ч. участие в трудовой деятельности.

Психологические факторы — важная составляющая РП, т. к. одним из стержневых принципов реабилитации является опора на личность пациента. Поэтому актуальной становится оценка особенностей психологического статуса с точки зрения эффективности реабилитационных мероприятий у конкретного человека, с учетом индивидуальных характеристик личности и психического состояния. В связи с этим возникает необходимость в обобщенной характеристике личностной готовности и возможностей пациента к участию в реабилитационном процессе, т. е. в определении психологического РП личности.

Существуют методики оценки психологических факторов, определяющих реабилитационный потенциал личности у пациентов, перенесших инсульт. Однако до настоящего времени не было способа оценки РП у пациентов с психоэмоциональными расстройствами при хронической соматической патологии.

Цель инструкции — определить реабилитационный потенциал у пациентов с психоэмоциональными расстройствами при хронической соматической патологии.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Оценка РП проводится с целью создания программы психологической реабилитации для пациентов, страдающих хронической соматической патологией.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Отсутствуют.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Как показал опыт психологической реабилитации, при оценке реабилитационного потенциала личности наиболее значимо получение психодиагностических показателей и анализ психологического статуса пациента по пятиуровневой схеме:

1. Нейро-психофизиологический уровень.
2. Уровень саморегуляции.
3. Нозогнозический уровень.
4. Личностно-характерологический уровень.
5. Мотивационно-личностный уровень.

Нарушения на любом из этих уровней могут значительно дезадаптировать пациента, резко снизить эффективность реабилитационных мероприятий.

Методика оценки РП включает последовательное проведение следующих этапов диагностики:

1. Клинико-anamnestический анализ медицинской документации.
2. Клиническое интервью.
3. Диагностика психологического статуса пациента.
4. Клиническая оценка полученных психодиагностических показателей и анализ психологического статуса пациента.
5. Дифференциальная психодиагностика.
6. Оценка РП личности пациента.

При оценке РП используются методы клинико-психопатологического и клинико-катамнестического наблюдения, дополненных блоком психометрического исследования психического состояния и свойств личности с использованием стандартизированных шкал и проективных методик.

На *первом этапе* проводят анализ данных пациента: клинического, инструментального, лабораторных исследований.

На *втором этапе* проводят клиническое интервью в начале и в конце курса реабилитации 2 раза по 30 мин.

Для оценки эмоциональных расстройств у пациентов используется перечень стандартизированных симптомов и синдромов унифицированной оценки психического состояния пациентов.

На *третьем этапе* проводят диагностику психологического статуса пациента по пятиуровневой схеме:

1. Нейро-психофизиологический уровень включает в себя оценку базовых психофизиологических процессов: внимания, памяти, мышления, работоспособности и интеллекта. Оценка проводится при клиническом, клинико-психологическом обследовании, а также с использованием традиционных психодиагностических методов (корректирующие пробы, 10 слов, тестирование интеллекта и т. п.) и методов нейропсихологической диагностики.

2. Уровень саморегуляции включает в себя оценку состояния эмоционально-волевой сферы, активности, настроения, ответственности. Оценка проводится при клиническом, клинико-психопатологическом или психодиагностическом обследовании.

3. Нозогнозический уровень включает в себя оценку внутренней картины болезни как при помощи выявления типа отношения к болезни, так и в плане определения модели прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов лечения.

Выделяют 12 типов отношения к болезни, как адаптивных, так и дезадаптивных, психологическую диагностику которых легко можно провести с помощью методики ТОБОЛ («Психологическая диагностика типов отношения к болезни»). Модель прогноза заболевания — одна из составляющих внутренней картины болезни. Она носит явно адаптационный характер и формируется пациентом на основе тех медицинских знаний, которые хочет, может и умеет использовать больной человек, страдающий соматической патологией. Модель прогноза

заболевания может включать ориентацию как на выздоровление, так и на смерть или на инвалидность.

Модель ожидаемых результатов лечения создается также самим пациентом, однако в ней большое значение имеет воздействие врача или окружающих людей, которые оказывают влияние на человека. Эта модель во многом определяет отношение пациента к врачу — степень доверия, уровень открытости и т. п. Представление о типе отношения к болезни, модели прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов врач может получить при направленном расспросе пациента.

4. Личностно-характерологический уровень включает в себя оценку поведенческих стереотипов, адаптационных возможностей личности. Оценка проводится при клиническом, клинико-психопатологическом или психодиагностическом обследовании.

5. Мотивационно-личностный уровень включает в себя оценку жизненных ценностей и устремлений, традиций и предпочтений. Оценка проводится при клиническом, клинико-психопатологическом или психодиагностическом обследовании.

Данные обследования дополняются результатами тестирования по следующим методикам:

- *SF-36 Опросник «Качество жизни»*

Для оценки КЖ применялся один из самых популярных общих опросников SF-36. Критериями КЖ по опроснику SF-36 являются:

- ФА — (PF — Physical Functioning) — физическая активность (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем больше физическая активность);

- РФ — (RP — Role-Physical) — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (обратно пропорциональная связь: чем выше балл, тем меньше роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности);

- Б — (BP — Bodily Pain) — боль (обратно пропорциональная связь: чем выше балл, тем меньше респондент испытывает боли);

- ОЗ — (GH — General Health) — общее восприятие здоровья (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем лучшим воспринимается респондентом свое здоровье);

- ЖС — (VT — Vitality) — жизнеспособность (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем выше жизнеспособность респондента);

- СА — (SF — Social Functioning) — социальная активность (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем выше социальная активность респондента);

- РЭ — (RE — Role-Emotional) — роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (обратно пропорциональная связь: чем выше балл, тем меньше роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности);

- ПЗ — (MH — Mental Health) — психическое здоровье (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем лучше психическое здоровье);

- СС — (CH — Change Health) — сравнение самочувствия с предыдущим годом (прямо пропорциональная связь: чем ниже балл, тем значительно ухудшилось самочувствие респондента за год).

Оценка производится по 100 балльной шкале;

- *опросник ИТТ — Интегративный тест тревожности*

Данная оригинальная методика используется для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной (переменной) и тревожности как личностно-типологической характеристики. Интегративность (многомерность) теста позволяет раскрыть содержательный характер самооценки аффективного состояния, определяемого тестом: эмоциональный дискомфорт, астенический и фобический компоненты, тревожная оценка перспектив и социальная защита.

Интегративный тест тревожности дает возможность определить не только уровень личностной и ситуативной тревожности, но также уточнить ее структуру, что в результате даст возможность обеспечить индивидуальный подход в подборе мероприятий психологической реабилитации;

- *опросник УСФ — уровень социальной фрустрированности*

Уровень социальной фрустрированности позволяет выявить уровень удовлетворенности пациентов по основным параметрам социального функционирования (взаимоотношения с родными и близкими, здоровье и работоспособность, социальный и экономический статус), т. е. определить уровень социальной дезадаптации пациента;

- *госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale)*

Шкала, разработанная A.S. Zigmond и R.P. Snaithe в 1983 г., относится к субъективным и предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара. Отличается простотой применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общей медицинской практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга).

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы:

- подшкала А — «тревога» (от англ. «anxiety»): нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;

- подшкала D — «депрессия» (от англ. «depression»): четные пункты 2, 4, 6; 8, 10, 12, 14.

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность) баллов.

Выдача пациенту шкалы сопровождается инструкцией следующего содержания:

«Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если Ваш доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Не обращайтесь на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение и в пустой графе слева отметьте крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной».

При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале (А и D), при этом выделяется 3 области значений:

- 0–7 баллов — норма;
- 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия;
- 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

На **четвертом этапе** проводят клиническую оценку полученных психодиагностических показателей и анализ психологического статуса пациента.

На **пятом этапе** дифференциальную психодиагностику проводят с психоэмоциональными расстройствами, которые связаны с психологическими причинами и стрессом и при которых отсутствует характерный анамнез (связь с соматическим заболеванием).

Затем по данным анализа, консультирования и психологического тестирования производят оценку реабилитационного потенциала личности пациента.

Реабилитационный потенциал оценивают как высокий

1. Нейропсихологический уровень

Высокие и средние показатели интеллекта, нормальное состояние предпосылок и базовых функций интеллекта (внимание, память, мышление и др.) или их легкое снижение. Устойчивый и достаточный уровень работоспособности или его легкое снижение. Легкая истощаемость психических функций или ее отсутствие.

2. Уровень саморегуляции

Пациент эмоционально адекватен либо отмечается легкая лабильность. Критичен к своему состоянию, способен поддерживать моральную дистанцию, планы на будущее. Достаточный уровень спонтанной активности, способен поддерживать ровный фон настроения, склонен брать ответственность на себя при столкновении с трудными ситуациями

3. Нозогнозический уровень

Гармонический тип отношения к болезни, который в зависимости от модели прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов лечения характеризуется трезвой оценкой своего состояния. Нет склонности преувеличивать тяжесть состояния и без оснований видеть все в мрачном цвете, но также и нет недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступны пациенту.

Эргопатический тип, характеризующийся уходом от болезни в работу. Даже при тяжести болезни и страданиях стремление несмотря на это продолжить работу. Характерно одержимое, стеничное отношение к работе, в ряде случаев — выраженное еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности.

4. Личностно-характерологический уровень

Такие пациенты считают всех людей добрыми и хорошими, откровенно рассказывают о себе даже малознакомым людям, легко доверяют им свои сокровенные мечты и материальные ценности. В коллективе всегда уживчивы, веселы, независтливы, проявляют искреннюю заботу о своих товарищах, не стремятся конкурировать с ними, выделиться, обратить на себя внимание. Эту группу

пациентов характеризует стремление к повышению уровня своей образованности, расширению кругозора. Такие люди считают, как правило, что самое главное в жизни — это учиться и получить новые знания. Хорошо адаптируются в любом коллективе и в любых социальных условиях

5. Мотивационно-личностный уровень

Для таких пациентов характерна высокая значимость практически всех жизненных ценностей. Наибольшее предпочтение отдается таким ценностям, как собственный престиж (т. е. завоевание своего признания в обществе путем следования определенным социальным требованиям), высокое материальное положение (т. е. обращение к факторам материального благополучия как к главному смыслу существования), активные социальные контакты (т. е. установление благоприятных отношений в различных сферах социального взаимодействия, расширение своих межличностных связей, реализация своей социальной роли) и достижения (т. е. постановка и решение определенных жизненных задач как главных жизненных факторов). Высоко значимы все жизненные сферы (профессиональная жизнь, обучение и образование, семейная жизнь, общественная жизнь и увлечения). Максимальное предпочтение отдается сфере общественной жизни.

По данным психологического тестирования:

- SF-36 — 51% и выше;
- УСФ — Р уд. 3,5 и менее, И УСФ — 3n и более;
- ИТТ СТ-Л — ≤ 6 , СТ-С — ≤ 6 ;
- госпитальная шкала тревоги и депрессии — до 8.

Реабилитационный потенциал оценивают как средний

1. Нейропсихологический уровень

Показатели интеллекта соответствуют низкой норме или находятся на пограничном с дефектом уровне, умеренные нарушения предпосылок и базовых функций интеллекта (внимание, память, мышление и др.). Умеренно выраженное состояние уровня работоспособности. Умеренная истощаемость психических функций.

2. Уровень саморегуляции

Отмечаются умеренная эмоциональная лабильность, легкая ригидность аффекта. Недостаточно критичен к своему состоянию, отмечаются появления анозогнозии. Планы на будущее носят формальный характер. Не всегда способен поддерживать достаточную моральную дистанцию. Уровень активности умеренно снижен, необходимы незначительные активизирующие воздействия со стороны. Фон настроения неустойчивый с депрессивными или гипоманиакальными элементами. Не склонен брать на себя ответственность при столкновении с трудными жизненными ситуациями, возлагает ответственность на случай или стечение обстоятельств.

3. Нозогнозический уровень

Сенситивный тип отношения к болезни, который в зависимости от модели прогноза ожидаемых результатов лечения характеризуется чрезмерной озабоченностью возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут воспроизвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасением, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные слухи о природе

болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим.

Ипохондрический тип, характеризующийся сосредоточением на субъективных болезненных ощущениях и иных неприятных ощущениях, стремлением постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе возможно преувеличение и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требования тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

4. Личностно-характерологический уровень

Отсутствуют ярко выраженные характерологические черты и поведенческие паттерны, которые способствовали бы легкой адаптации к текущей социально-психологической ситуации и окружающей микросоциальной среде либо вызвали бы значительно личностную и социально-психологическую дезадаптацию пациента. Успешность адаптации во многом зависит от «приветливости» окружения и значительно зависит от окружающей обстановки.

5. Мотивационно-личностный уровень

Характерна схожая с высоким реабилитационным потенциалом личности структура предпочтения жизненных ценностей. Однако меньшее значение имеют такие ценности как собственный престиж, активные социальные контакты, развитие себя (т. е. познание своих индивидуальных особенностей, постоянное развитие своих способностей и других личностных характеристик), достижения и резко снижена значимость такой жизненной ценности как духовное удовлетворение (т. е. руководство морально-нравственными принципами, преобладание духовных потребностей над материальными). Реализация предпочитаемых жизненных ценностей также важна, как и при высоком реабилитационном потенциале личности, во всех жизненных сферах. Однако значимость таких жизненных сфер, как профессиональная жизнь, обучение, образование и общественная жизнь, значительно ниже.

По данным психологического тестирования:

- SF-36 — 26-50%;
- УСФ — Р уд. 3,4-4,5, И УСФ — 2n-3n;
- ИТТ СТ-Л — 7-8, СТ-С — 7-8;
- госпитальная шкала тревоги и депрессии — 9-10.

Реабилитационный потенциал оценивают как низкий

1. Нейропсихологический уровень

Показатели интеллекта соответствуют дефектному уровню, выраженные нарушения предпосылок и базовых функций интеллекта (внимание, память, мышление и др.). Выраженное снижение уровня работоспособности. Выраженная истощаемость психических функций.

2. Уровень саморегуляции

У пациента выраженная эмоциональная лабильность, недержание аффекта, слабодушие. Резко нарушена критика к своему состоянию. Планы на будущее нереальные либо отсутствуют. Не способен учитывать моральную дистанцию. Выраженная пассивность либо нецелесообразная активность. Фон настроения крайне нестабильный (плач перемежается с периодами повышенного настроения) либо

стабильно депрессивное или беспечное состояние. Снимает с себя всякую ответственность за происходящее с ним.

3. Нозогнозический уровень

Анозогнозический тип отношения к болезни, который в зависимости от модели прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов лечения характеризуется активным отбрасыванием самой мысли о болезни и о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного. Приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание обойтись «своими средствами».

При *эйфорическом* варианте этого типа — необоснованно повышенное настроение. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание продолжать получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, пагубно сказывающихся на течении болезни. Также наличие таких дезадаптивных типов отношения к болезни, как тревожный, неврастенический, меланхолический, апатический, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический.

4. Личностно-характерологический уровень

Такие пациенты с самого начала подходят ко всем людям с предубеждением, настороженно, во всем ищут тайну, ждут от всех подвоха, никому не доверяют, считают своих друзей способными на нечестность, неоткровенны с ними. В коллективе они держатся обособленно, пекутся только о себе, завидуют успехам других людей, считают, что их недооценивают, уделяют мало внимания их достижениям. Требуют исключительной заботы — все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются только как «конкуренты», отношение к ним неприязненное. Постоянное желание показать другим свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни. Также их характеризует высокий уровень тревожности, беспокойства, что можно рассматривать как предпочитаемый метод личностной защиты, как разновидность компенсирующего поведения.

5. Мотивационно-личностный уровень

Резко снижена значимость всех жизненных ценностей, кроме высокого материального положения. Не имеют значения такие жизненные ценности, как активные социальные контакты, развитие себя и духовное удовлетворение. Практически равны нулю такие жизненные ценности, как собственный престиж и сохранение собственной индивидуальности (т. е. преобладание собственных мнений, взглядов, убеждений над общепринятыми, защита своей неповторимости и независимости). Не имеют никакого значения такие жизненные сферы, как обучение и образование, семейная и профессиональная жизнь.

По данным психологического тестирования:

- SF-36 — 25% и ниже;
- УСФ — Р уд. — более 4,5, И УСФ — менее 2п;
- ИТТ СТ-Л — 8–9, СТ-С — 8–9;
- госпитальная шкала тревоги и депрессии — 11 и выше.

Таким образом, оценку реабилитационного потенциала у пациентов с психоэмоциональными расстройствами при хронической соматической патологии выполняют для реабилитационного прогнозирования и психологической реабилитации. От точности оценки интегрального показателя реабилитационного потенциала зависит правильность подбора реабилитационных назначений и их реализация. Кроме того, уровень реабилитационного потенциала имеет большое значение при решении вопросов медицинской экспертизы.

Методика ИТТ (шкала СТ-С)

Ф.И.О. _____ Возраст _____
 Место обследования _____

<p>Ниже Вам предложены несколько утверждений, касающихся Вашего эмоционального состояния. В отношении каждого из них нужно решить, насколько данное состояние выражено именно СЕЙЧАС, В ДАННЫЙ МОМЕНТ, СЕГОДНЯ. В зависимости от этого поставьте «+» в одну из четырех граф</p>	Совсем нет	Слабо выражено	Выражено	Очень выражено
Я нахожусь в напряжении				
Я расстроен				
Я тревожусь о будущем				
Я нервничаю				
Я озабочен				
Я возбужден				
Я ощущаю непонятную угрозу				
Я быстро устаю				
Я не уверен в себе				
Я избегаю любых конфликтов				
Я легко прихожу в замешательство				
Я ощущаю свою бесполезность				
Я плохо сплю				
Я ощущаю себя утомленным				
Я эмоционально чувствителен				

Сырые баллы	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
Станайны					
Сырые баллы					
Станайны					

«ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ»

Методика ИТТ (шкала СТ-Л)

Фамилия И.О. _____ Возраст _____
 Дата _____ Место обследования _____

Ниже Вам предложены несколько утверждений, касающихся Вашего эмоционального состояния на протяжении последнего времени (например, на протяжении последнего года). В зависимости от этого поставьте «+» в одну из четырех граф	Почти никогда	Редко	Часто	Почти все время
Я находился в напряжении				
Я расстраивался				
Я тревожился о будущем				
Я нервничал				
-Я бывал озабочен				
Я бывал возбужден				
Я ощущал непонятную угрозу				
Я быстро уставал				
Я бывал не уверен в себе				
Я избегал любых конфликтов				
Я легко приходил в замешательство				
Я ощущал свою бесполезность				
Я плохо спал				
Я ощущал себя утомленным				
Я бывал эмоционально чувствителен				

Баллы переводятся в станайны. Оценка по шкале: ниже 4 баллов — низкий уровень тревожности; 4–6 — нормальный; 7 и более — высокий уровень тревожности.

Сырые баллы	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
Станайны					
Сырые баллы					
Станайны					

«ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ»

Опросник SF-36

Этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на Ваше здоровье. Представленная информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками.

Ответьте на каждый вопрос, пометая выбранный Вами ответ так, как это указано.

Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

1. В целом Вы оценили бы состояние Вашего здоровья как: (обведите одну цифру):

Отличное	Очень хорошее	Хорошее	Посредственное	Плохое
100	75	50	25	0

2. Как бы вы оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад? (обведите одну цифру)

Значительно лучше	Несколько лучше	Примерно такое же	Несколько хуже	Гораздо хуже
100	75	50	25	0

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру)

Виды нагрузок	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта	0	50	100
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	0	50	100
В. Поднять или нести сумку с продуктами	0	50	100
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	0	50	100
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет	0	50	100
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	0	50	100
Ж. Пройти расстояние более одного	0	50	100

километра			
З. Пройти расстояние в несколько кварталов	0	50	100
И. Пройти расстояние в один квартал	0	50	100
К. Самостоятельно вымыться, одеться	0	50	100

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру):

Вид затруднений	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	0	100
Б. Выполняли меньше, чем хотели	0	100
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности	0	100
Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)	0	100

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру):

Вид затруднений	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	0	100
Б. Выполняли меньше, чем хотели	0	100
В. Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	0	100

6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру)

Совсем не мешало	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
100	75	50	25	0

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру)

Совсем не испытывал (а)	Очень слабую	Слабую	Умеренную	Сильную	Очень сильную
100	80	60	40	20	0

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома и по дому)? (обведите одну цифру)

Совсем не мешала	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
100	75	50	25	0

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

Как часто в течении последних 4 недель (обведите одну цифру):

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым(ой)?	100	80	60	40	20	0
Б. Вы сильно нервничали?	0	20	40	60	80	100
В. Вы чувствовали себя таким подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	0	20	40	60	80	100
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)?	100	80	60	40	20	0
Д. Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	100	80	60	40	20	0
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)?	0	20	40	60	80	100
Ж. Вы чувствовали себя измотанным(ой)	0	20	40	60	80	100
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	100	80	60	40	20	0
И. Вы чувствовали себя уставшим(ой)?	0	20	40	60	80	100

10. Как часто за последние 4 месяца Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников, и т. п.)? (обведите одну цифру)

Все время	Большую часть времени	Иногда	Редко	Ни разу
0	25	50	75	100

11. Насколько верным или неверным представляются по отношению к Вам каждое из нижеперечисленных утверждений? (обведите одну цифру)

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном не верно	Определенно не верно
А. Мне кажется, я более склонен болезням, чем другие	0	25	50	75	100
Б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	100	75	50	25	0
В. Я ожидаю, что мое	0	25	50	75	100

здоровье ухудшится					
Г. У меня отличное здоровье	100	75	50	25	0